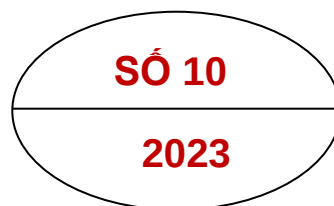


BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI



THÔNG TIN THUỐC

Lưu hành nội bộ



THÔNG TIN THUỐC

SỐ 10 - 2023

NỘI DUNG

Chịu trách nhiệm xuất bản:

BS. CKII. Lê Văn Thiều

Chịu trách nhiệm nội dung:

ThS.BSCKII. Nguyễn Thái Hưng

Thành viên ban biên tập

ThS.DS. Lê Diệu Huy

BS.CKII. Võ Tấn Quang

DS.CKI. Nguyễn Thị Diễm Trang

TS.BS. Phạm Ngọc Doanh

BS.CKII. Trịnh Quang Thân

BS.CKII.Ngô Hữu Vinh

BS.CKII. Nguyễn Thái Chấn

BS.CKII. Đỗ Thành Chung

ThS.BSCKII Phan Thị Thu Vân

BS.CKII. Trần Khắc Vĩnh

ThS.BS. Lương Văn Tuấn

ThS.BS. Nguyễn Tấn Bảy

BS.CKII. Nguyễn Đình Tin

BS.CKII.Võ Văn Thịnh

BS.CKI. Ngô Đình Giảng

ThS. KT. Trần Thị Minh Huyền

DS.CKI. Bùi Thị Long

DS. Đỗ Từ Phương Diệu

DS. Trần Thị Quỳnh Anh

DS. Lê Thanh Hoàng

DS. Lê Thị Như Huỳnh

DS. Tạ Thị Bích Loan

LỜI NÓI ĐẦU

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

Cập nhật phác đồ điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2023 1

ThS.DS. Lê Diệu Huy (Tổng hợp và lược dịch)

Những cập nhật nổi bật của hướng dẫn ESC 2023 về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp tính và mạn tính..... 8

DS. Lê Thị Như Huỳnh (Tổng hợp và lược dịch)

Các kháng sinh mới trong điều trị viêm phổi mắc phải..... 16

BS. Lê Thị Hà Lam (Tổng hợp và lược dịch)

CẢNH GIÁC DƯỢC

Tình trạng nhược cơ khi sử dụng dẫn chất statin 21

DS. Lê Thị Lưu (Tổng hợp và lược dịch)

BÁO CÁO SỬ DỤNG

Nghiên cứu sử dụng thuốc qua phân tích ABC/VEN năm 2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi..... 26

DS. Tạ Thị Bích Loan

LỜI NÓI ĐẦU

Thông tin thuốc có vai trò rất quan trọng tại các cơ sở điều trị. Việc tiếp cận với những thông tin chính xác, cập nhật, khách quan, phù hợp với từng đối tượng là rất cần thiết để phục vụ cho hoạt động kê đơn, cấp phát và sử dụng thuốc hợp lý. Với mong muốn giúp nhân viên y tế trong bệnh viện nắm bắt các thông tin về thuốc, đồng thời nâng cao hoạt động Thông tin thuốc tại cơ sở điều trị, tập san Thông tin thuốc của Bệnh viện được phát hành 2 số trong năm.

Tập san Thông tin thuốc số 10 - 2023 được phát hành nhằm cung cấp thông tin về cập nhật phác đồ điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2023; Hướng dẫn ESC 2023 về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp tính và mạn tính; các kháng sinh mới trong điều trị viêm phổi mắc phải; thông tin cảnh giác được: Tình huống cơ khi sử dụng dẫn chất statin; Báo cáo sử dụng thuốc: Nghiên cứu sử dụng thuốc qua phân tích ABC/VEN năm 2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi. Tập san Thông tin thuốc sẽ góp phần hỗ trợ cho nhân viên y tế trong việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả.

Ban biên tập hy vọng tập san Thông tin thuốc số này sẽ là tài liệu cung cấp những thông tin hữu ích, cập nhật cho mỗi nhân viên y tế tại bệnh viện.

Tập san Thông tin thuốc rất mong được sự góp ý, cộng tác của toàn thể nhân viên y tế trong bệnh viện. Các góp ý, bài viết được gửi về phòng Nghiệp vụ thông tin thuốc – Dược lâm sàng (Khoa Dược, BVĐK tỉnh Quảng Ngãi) hoặc e-mail: khoaduoc.qng@gmail.com

Ban biên tập Tập san Thông tin thuốc

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC
CẬP NHẬT PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH
THEO GOLD 2023

ThS.DS. Lê Diệu Huy (Tổng hợp và lược dịch)

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là tình trạng phổi không đồng nhất được đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính (khó thở, ho, khạc đàm) do bất thường ở đường thở và/hoặc phế nang dẫn tới tắc nghẽn đường dẫn khí dai dẳng và thường tiến triển (GOLD 2023).

I. Mục tiêu điều trị COPD

Giảm triệu chứng: giảm nhẹ các triệu chứng, cải thiện khả năng gắng sức và cải thiện tình trạng sức khỏe.

Giảm nguy cơ: ngăn ngừa tiến triển của bệnh, ngăn ngừa và điều trị đợt cấp, giảm tử vong.

II. Các thuốc và phác đồ điều trị COPD

1. Các nhóm thuốc chính điều trị COPD

Nhóm thuốc	Tên viết tắt	Hoạt chất
Cường beta 2 adrenergic tác dụng ngắn	SABA	Salbutamol, Terbutaline
Cường beta 2 adrenergic tác dụng dài	LABA	Indacaterol, Bambuterol
Kháng cholinergic tác dụng ngắn	SAMA	Ipratropium
Kháng cholinergic tác dụng dài	LAMA	Tiotropium
Cường beta 2 adrenergic tác dụng ngắn + kháng cholinergic tác dụng ngắn	SABA+SAMA	Ipratropium/salbutamol Ipratropium/fenoterol

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

Cường beta 2 adrenergic tác dụng dài + kháng cholinergic tác dụng dài	LABA/LAMA	Indacaterol/Glycopyrronium Olodaterol/Tiotropium Vilanterol/Umecclidinium Formoterol/Glycopyrronium
Corticosteroid dạng hít + cường beta 2 adrenergic tác dụng dài	ICS/LABA	Budesonide/Formoterol Fluticasone/Vilanterol Fluticasone/Salmeterol
Corticosteroid dạng hít + kháng cholinergic tác dụng dài + cường beta 2 adrenergic tác dụng dài*	ICS/LABA/LAMA*	Budesonide/Formoterol + Tiotropium Budesonide/Formoterol + Glycopyrronium Fluticasone/Salmeterol + Tiotropium Fluticasone/Salmeterol + Glycopyrronium Beclometasone/Formoterol + Tiotropium Beclometasone/Formoterol + Glycopyrronium Indacaterol/Glycopyrronium + Fluticasone Olodaterol/Tiotropium + Fluticasone Vilanterol/Umecclidinium + Fluticasone
Kháng sinh, kháng viêm	Macrolide Kháng PDE4	Azithromycin Roflumilast
Nhóm xanthine tác dụng ngắn/dài	Xanthine	Theophyllin/Theostat

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

Thuốc ly giải chất nhầy		Erdosteine, Carbocystein, N-acetylcysteine
-------------------------	--	---

2. Các phác đồ điều trị COPD

Cập nhật phác đồ GOLD 2023 và so sánh sự thay đổi so với GOLD 2022 trong điều trị bệnh COPD.

A. Chế độ điều trị thuốc ban đầu

GOLD 2022			GOLD 2023	
≥ 2 đợt cấp mức độ trung bình hoặc ≥ 1 đợt cấp nhập viện	Nhóm C LAMA	Nhóm D LAMA hoặc LABA+LAMA* hoặc ICS+LABA** * Nếu nhiều triệu chứng (CAT >20) ** Nếu ESO ≥ 300	Nhóm E LABA + LAMA* LABA + LAMA + ICS* Nếu ESO $\geq 300\mu\text{L}$	
0 - 1 đợt cấp mức độ trung bình (không nhập viện)	Nhóm A Một thuốc giãn phế quản	Nhóm B Một thuốc giãn phế quản kéo dài (LABA hoặc LAMA)	Nhóm A Một thuốc giãn phế quản	Nhóm B LABA + LAMA*
	mMRC 0-1, CAT <1	mMRC ≥ 2 , CAT ≥ 10	mMRC 0-1, CAT <1	mMRC ≥ 2 , CAT ≥ 10
			* Liệu pháp dùng một ống hít có thể thuận tiện và hiệu quả hơn dùng nhiều ống hít	

ESO: Bạch cầu ái toan trong máu.

mMRC (modified Medical Research Council): Bộ câu hỏi đánh giá mức độ khó thở của Hội đồng nghiên cứu Y khoa có sửa đổi

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

CAT (COPD Assessment Test): Trắc nghiệm đánh giá COPD

Phân nhóm ABCD dựa vào mức độ triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh (mMRC, CAT) và nguy cơ đợt cấp (tiền sử đợt cấp/năm, độ nặng của đợt cấp):

- ✓ ***COPD nhóm A - Nguy cơ thấp, ít triệu chứng:*** có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện) và mMRC 0 - 1 hoặc CAT < 10.
- ✓ ***COPD nhóm B - Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng:*** có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện) và mMRC ≥ 2 hoặc điểm CAT ≥ 10 .
- ✓ ***COPD nhóm C - Nguy cơ cao, ít triệu chứng:*** có ≥ 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua hoặc ≥ 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc phải cấp cứu và mMRC 0 - 1 hoặc điểm CAT < 10.
- ✓ ***COPD nhóm D - Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng:*** có ≥ 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện hoặc phải cấp cứu và mMRC ≥ 2 hoặc điểm CAT ≥ 10 .

B. Chế độ điều trị thuốc giai đoạn ổn định (điều trị nối tiếp)

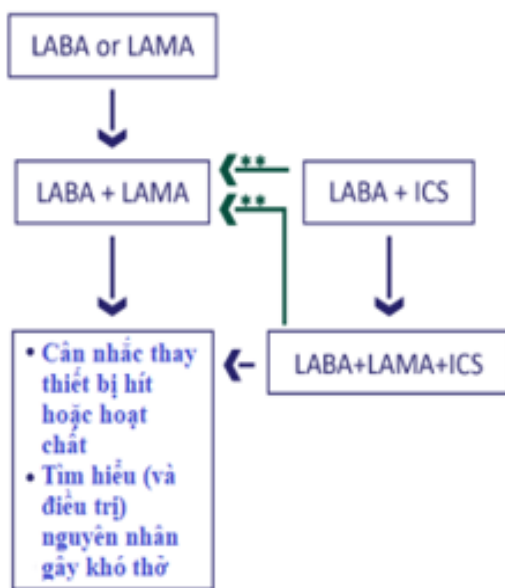
❖ Theo GOLD 2022

1. NẾU ĐÁP ỨNG VỚI TRỊ LIỆU KHỞI ĐẦU: DUY TRÌ

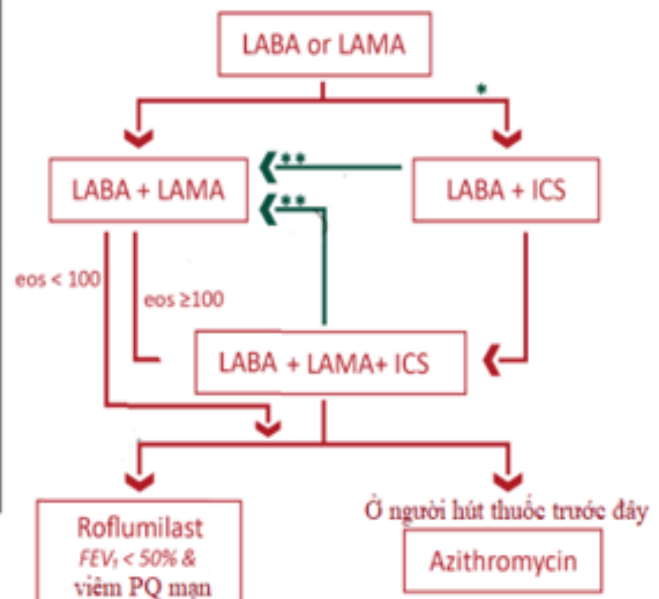
2. NẾU KHÔNG

- ✓ Cân nhắc các lựa chọn ưu thế trong kiểm soát mục tiêu (khó thở hay đợt cấp)
 - Dùng phác đồ cho đợt cấp nếu vừa có khó thở và đợt cấp
- ✓ Lựa chọn tình trạng bệnh nhân theo ô và theo hướng dẫn
- ✓ Đánh giá đáp ứng, điều chỉnh và hiệu chỉnh
- ✓ Khuyến cáo này không phụ thuộc vào đánh giá ABCD khi Chẩn đoán

• KHÓ THỞ •



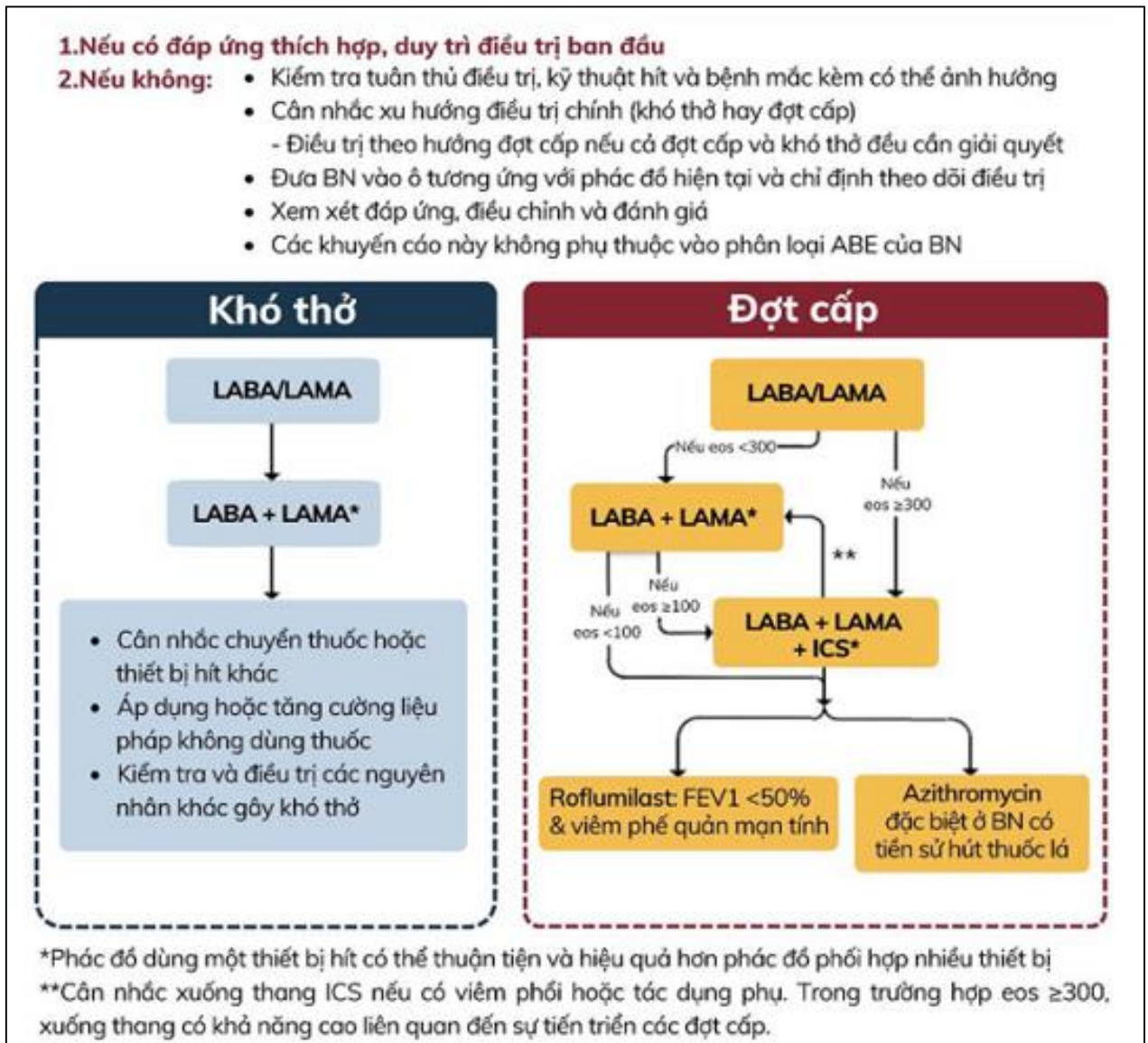
• ĐỢT CẤP •



* Cân nhắc nếu eos ≥ 300 hay eos ≥ 100 VÀ ≥ 2 đợt cấp trung bình/ 1 đợt nhập viện

** Cân nhắc xuống thang ICS hoặc chuyển nếu viêm phổi, trị liệu ban đầu không phù hợp hay không đáp ứng với ICS

❖ Theo GOLD 2023



C. Điều trị không dùng thuốc trong COPD giai đoạn ổn định:

Được nhắc lại trong GOLD 2023 bao gồm:

- Giáo dục sức khỏe cung cấp kiến thức cho bệnh nhân để thay đổi hành vi và tăng cường tuân thủ điều trị.
- Phục hồi chức năng hô hấp được chỉ định ở tất cả bệnh nhân COPD. Những bệnh nhân COPD được khuyến khích tăng mức độ hoạt động thể chất phù hợp với mức độ bệnh.
- Tiêm vắc xin phòng cúm, phòng COVID-19, phòng phế cầu, phòng ho gà được chứng minh giúp giảm đợt cấp COPD.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Chăm sóc giảm nhẹ đối với các bệnh nhân COPD giai đoạn nặng, rất nặng.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

- Thở oxy dài hạn được chỉ định ở bệnh nhân COPD có giảm oxy hóa máu nghiêm trọng khi nghỉ ngơi.

- Thở máy không xâm nhập được xem xét ở những bệnh nhân COPD có tăng CO₂ máu mạn tính và có tiền sử nhập viện nhiều lần vì suy hô hấp cấp tính./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023), Quyết định số 2667/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023), Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Available from: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>.

3. Global strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023). Available from: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2>.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

NHỮNG CẬP NHẬT NỔI BẬT CỦA HƯỚNG DẪN ESC 2023 VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM CẤP TÍNH VÀ MẠN TÍNH

DS. Lê Thị Như Huỳnh (Tổng hợp và lược dịch)

Sau khi có Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu (ESC) vào năm 2021 về chẩn đoán và điều trị suy tim (HF) cấp tính và mạn tính (HF), một số thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã được thực hiện và cung cấp thêm những thông tin mới. Bản cập nhật ESC năm 2023 này đề cập đến những thay đổi trong khuyến nghị điều trị suy tim do bằng chứng mới này.

1. Suy tim mạn tính

Hướng dẫn ESC HF năm 2021 đã phân loại suy tim mạn tính theo LVEF, cụ thể như sau:

Bảng 1: Định nghĩa HFrEF, HFmrEF, HFpEF:

Phân loại	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Tiêu chuẩn	1 Triệu chứng ± dấu hiệu ^a	Triệu chứng ± dấu hiệu ^a	Triệu chứng ± dấu hiệu ^a
	2 LVEF $\leq 40\%$	LVEF 41–49%	LVEF $\geq 50\%$
	3 -	-	Bằng chứng khách quan về các bất thường về cấu trúc và/hoặc chức năng của tim phù hợp với sự hiện diện của rối loạn chức năng tâm trương LV/tăng áp lực đổ đầy LV, bao gồm cả tăng Natriuretic peptide ^C

HF: Heart failure (suy tim);

HFmrEF: Heart failure with mildly reduced ejection fraction (suy tim với phân suất tống máu giảm nhẹ);

HFpEF: Heart failure with preserved ejection fraction (suy tim có phân suất tống máu bảo tồn);

HFrEF: Heart failure with reduced ejection fraction (suy tim với phân suất tống máu giảm);

LV: Left ventricle (tâm thất trái);

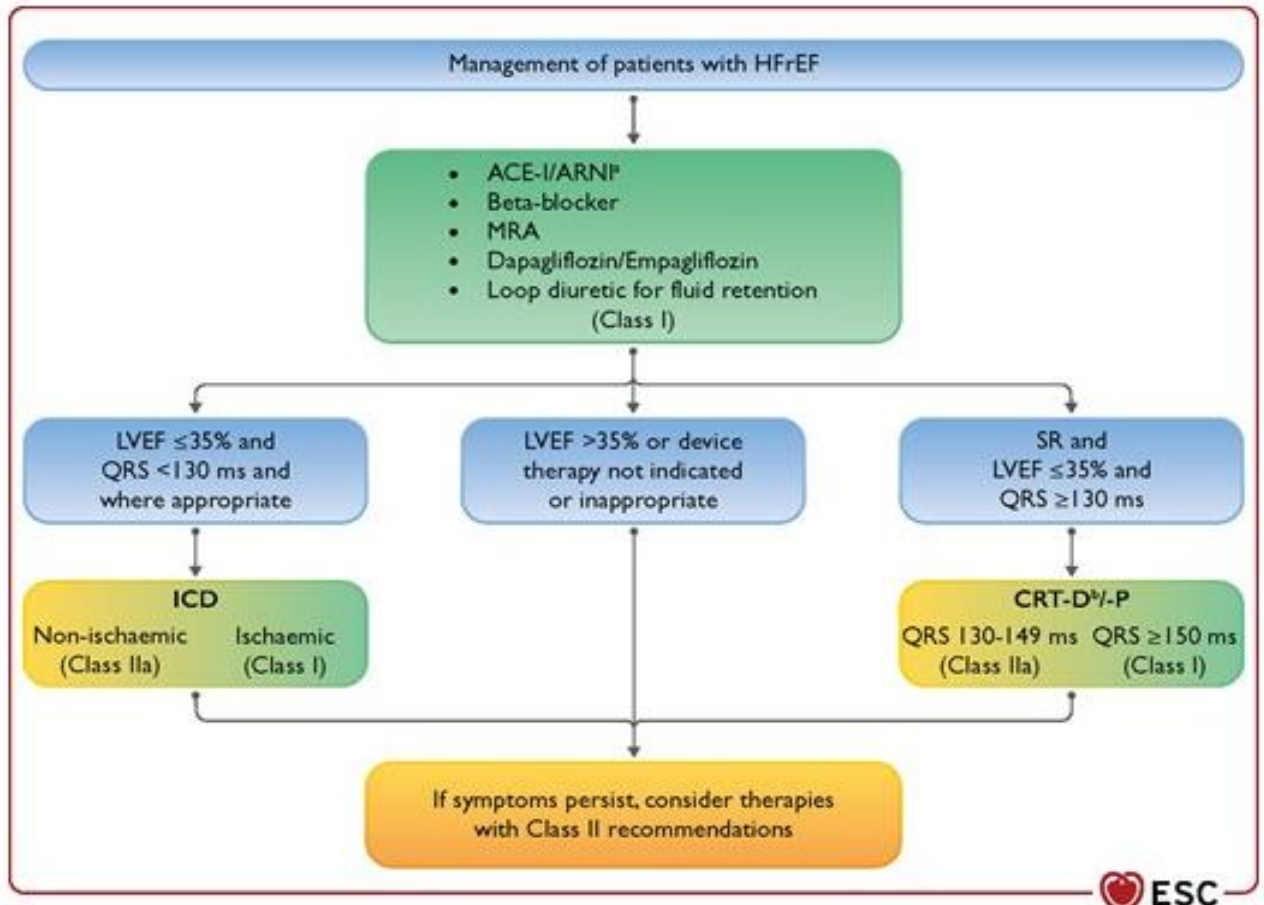
LVEF: Left ventricular ejection fraction (phân suất tống máu thất trái).

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

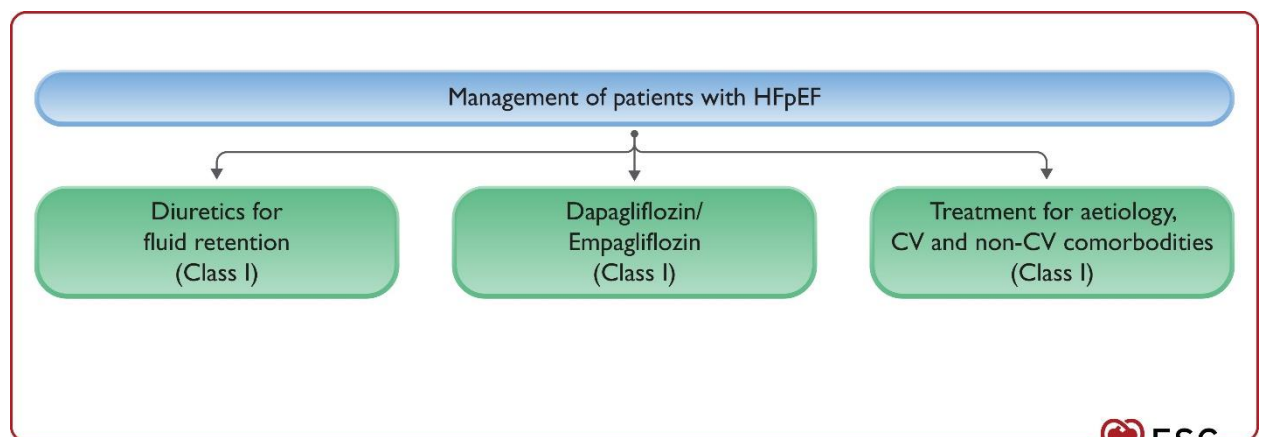
^a: Các dấu hiệu có thể không xuất hiện ở giai đoạn đầu của suy tim (đặc biệt ở HFpEF) và ở những bệnh nhân được điều trị tối ưu.

^b: Để chẩn đoán HFmrEF, sự hiện diện của các bằng chứng khác về bệnh tim cấu trúc (ví dụ như tăng kích thước nhĩ trái, phì đại LV, hoặc các biện pháp siêu âm tim cho thấy tình trạng đổ đầy thất trái bị suy giảm) khiến chẩn đoán có nhiều khả năng hơn.

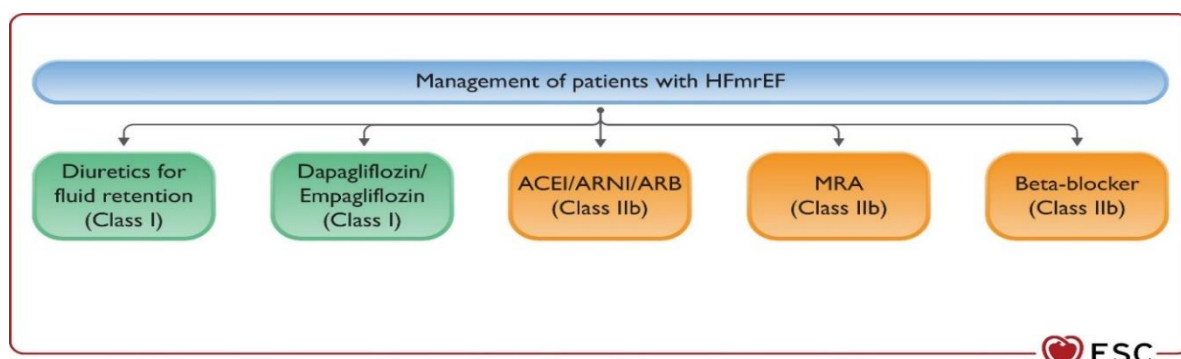
^c: Để chẩn đoán HFpEF, số lượng bất thường xuất hiện càng nhiều thì khả năng xảy ra HFpEF càng cao.



Hình 1: Quản lý bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm



Hình 2: Quản lý bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm nhẹ.



Hình 3: Quản lý bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu bảo tồn

 Chú thích:

ACEI: Angiotensin-converting enzyme inhibitor (chất ức chế men chuyển angiotensin);

ARB: Angiotensin receptor blocker (thuốc ức chế thụ thể angiotensin);

ARNI: Angiotensin receptor–neprilysin inhibitor (chất ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin);

MRA: Mineralocorticoid receptor antagonist (chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid);

SGLT2: Sodium–glucose co-transporter 2 (chất ức chế chất đồng vận chuyển natri-glucose 2).

 Tóm tắt các khuyến nghị:

Liệu pháp dược lý “tứ trụ” được chỉ định cho bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm ($LVEF \leq 40\%$) với phân loại NYHA II – IV, bao gồm: ACEI/ARNI/ARB, Beta-blocker, MRA, SGLT2.

- Một thuốc ACE-I được khuyến cáo cho bệnh nhân HFrEF để làm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong (IA);
- Một thuốc beta-blocker được khuyến cáo cho bệnh nhân HFrEF ổn định để làm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong (IA);
- Một thuốc MRA được khuyến cáo cho bệnh nhân HFrEF để làm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong (IA);
- Dapagliflozin và empagliflozin được khuyến cáo cho bệnh nhân HFrEF để làm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong (IA);

- Sacubitril/valsartan được khuyến cáo như là một biện pháp thay thế cho ACE-I ở bệnh nhân HFrEF để làm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và tử vong (IB).

Hướng dẫn điều trị Suy tim năm 2023 của ESC (25/8/2023), đã gia tăng khuyến cáo SGLT2 lên IA và dùng cho tất cả bệnh nhân suy tim từ HFrEF, HFmrEF, HFpEF. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng chỉ có giảm đáng kể tỷ lệ nhập viện do suy tim và không làm giảm tỷ lệ tử vong do tim mạch.

2. Suy tim cấp tính

2.1 Thuốc lợi tiểu

- Nghiên cứu ADVOR, một thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, thiết kế nhóm song song, mù đôi, có đối chứng với giả dược trên 519 bệnh nhân suy tim mất bù cấp tính, có dấu hiệu lâm sàng về quá tải thể tích (như phù, tràn dịch màng phổi hoặc cổ trướng) và nồng độ NT-proBNP >1000 pg/mL hoặc nồng độ natriuretic peptide loại B >250 pg/mL. Bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên để nhận acetazolamide tiêm tĩnh mạch (IV) (500 mg 1 lần/ngày) hoặc giả dược được thêm vào liệu pháp thuốc lợi tiểu quai tiêu chuẩn.

- Tiêu chí chính của thử nghiệm là điều trị quá tải dịch thành công, được định nghĩa là không có dấu hiệu quá tải thể tích, trong vòng 3 ngày sau khi phân nhóm ngẫu nhiên và không có chỉ định tăng dần liệu pháp lợi tiểu, đã đạt được ở 108 trong số 256 bệnh nhân (42,2%) ở nhóm acetazolamide và 79 trong số 259 bệnh nhân (30,5%) ở nhóm giả dược (tỷ lệ rủi ro [RR] 1,46, KTC 95% 1,17–1,82; $P < 0,001$). Tái nhập viện do suy tim hoặc tử vong do mọi nguyên nhân xảy ra ở 76 bệnh nhân (29,7%) ở nhóm acetazolamide và 72 bệnh nhân (27,8%) ở nhóm giả dược (HR 1,07, KTC 95% 0,78–1,48). Thời gian nằm viện ngắn hơn 1 ngày ở nhóm dùng acetazolamide so với giả dược (8,8 [95% CI 8,0–9,5] so với 9,9 [95% CI 9,1–10,8] ngày). Không có sự khác biệt giữa nhóm dùng acetazolamide và nhóm dùng giả dược về các kết cục và tác dụng phụ khác. Mặc dù những kết quả này có thể hỗ trợ việc bổ sung acetazolamide vào phác đồ lợi tiểu tiêu chuẩn để hỗ trợ giảm sung huyết, nhưng cần có thêm dữ liệu về kết quả và độ an toàn.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

- Nghiên cứu CLOROTIC gồm 230 bệnh nhân HF cấp tính và được chọn ngẫu nhiên dùng hydrochlorothiazide đường uống (25–100 mg mỗi ngày, tùy thuộc vào mức lọc cầu thận ước tính [eGFR]) hoặc giả dược, bổ sung vào liệu pháp furosemide tĩnh mạch. Thử nghiệm có hai tiêu chí chính: sự thay đổi trọng lượng cơ thể và sự thay đổi về tình trạng khó thở do bệnh nhân báo cáo kể từ thời điểm ban đầu đến 72 giờ sau khi phân nhóm ngẫu nhiên. Bệnh nhân dùng hydrochlorothiazide có trọng lượng cơ thể giảm nhiều hơn sau 72 giờ so với nhóm dùng giả dược (-2,3 so với -1,5 kg; chênh lệch ước tính đã điều chỉnh -1,14 kg, KTC 95% -1,84 đến -0,42 kg; $P = 0,002$). Những thay đổi về khó thở do bệnh nhân báo cáo là tương tự nhau giữa hai nhóm. Sự gia tăng creatinine huyết thanh xảy ra thường xuyên hơn ở những bệnh nhân dùng hydrochlorothiazide (46,5%) so với những bệnh nhân dùng giả dược (17,2%) ($P < 0,001$). Tỷ lệ tái nhập viện do HF và tử vong do mọi nguyên nhân là tương tự nhau giữa các nhóm, cũng như thời gian nằm viện.

2.2 Thuốc SGLT2

Thử nghiệm EMPULSE đã cho thấy hiệu quả của việc bắt đầu sử dụng sớm empagliflozin ở bệnh nhân nhập viện vì đợt suy tim cấp tính. Tiêu chí chính đạt được ở nhiều bệnh nhân điều trị bằng empagliflozin hơn so với giả dược (tỷ lệ thắng phân tầng 1,36, KTC 95% 1,09–1,68; $P = 0,0054$). Hiệu quả không phụ thuộc vào LVEF và tình trạng bệnh tiểu đường. Từ góc độ an toàn, tỷ lệ tác dụng phụ là tương tự giữa hai nhóm điều trị.

Kết quả này phù hợp với kết quả cho thấy dùng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim mạn tính, bất kể LVEF, và cả ở bệnh nhân nhập viện gần đây vì suy tim, đã ổn định về mặt lâm sàng. Tuy nhiên, cần thận trọng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ nhiễm toan đái tháo đường, đặc biệt ở những bệnh nhân được điều trị bằng insulin khi lượng carbohydrate giảm hoặc thay đổi liều insulin. Thuốc ức chế SGLT2 không được chỉ định ở bệnh nhân tiểu đường típ 1.

2.3 Chiến lược quản lý bệnh nhân

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

- Nghiên cứu COACH là một thử nghiệm cắt ngang, từng bước, ngẫu nhiên theo cụm bao gồm 5452 bệnh nhân tại 10 trung tâm ở Ontario, Canada. Trong giai đoạn can thiệp, nhân viên y tế đã sử dụng thang điểm Nguy cơ tử vong do suy tim cấp cứu trong vòng 30 ngày-ST chênh xuống ('EHMRG30-ST') để phân tầng bệnh nhân có nguy cơ tử vong thấp, trung bình hay cao trong vòng 7 ngày hay trong vòng 30 ngày. Kết quả nghiên cứu khuyến cáo bệnh nhân có nguy cơ tử vong thấp nên được xuất viện sớm (trong vòng 3 ngày) và được điều trị ngoại trú tiêu chuẩn theo dõi lên đến 30 ngày. Bệnh nhân có nguy cơ tử vong trung bình và cao được khuyến cáo nên nhập viện để điều trị.

- Nghiên cứu Strong-HF cho thấy sự an toàn và hiệu quả của việc bắt đầu và điều chỉnh liều điều trị thuốc đường uống cho bệnh HF trong vòng 2 ngày trước khi xuất viện dự kiến và trong các lần tái khám diễn ra sớm sau khi xuất viện. Mục tiêu của lần điều chỉnh liều đầu tiên, diễn ra trong vòng 48 giờ trước khi xuất viện, là đạt được ít nhất một nửa liều mục tiêu của thuốc được khuyến cáo.

- Kết quả của nghiên cứu Strong-HF, ESC khuyến cáo chăm sóc cường độ cao khi bắt đầu và tăng dần nhanh các liệu pháp điều trị HF đường uống và theo dõi chặt chẽ trong 6 tuần đầu sau khi xuất viện do nhập viện đợt cấp suy tim để giảm nguy cơ tái nhập viện do HF hoặc tử vong (IB). Trong những lần tái khám, cần đặc biệt chú ý đến các triệu chứng và dấu hiệu sung huyết, huyết áp, nhịp tim, giá trị NT-proBNP, nồng độ Kali và eGFR.

3. Các bệnh lý đi kèm

Hướng dẫn ESC HF năm 2021 đưa ra khuyến nghị về phòng ngừa suy tim ở bệnh nhân tiểu đường. Bản cập nhật này cung cấp các khuyến nghị mới để phòng ngừa suy tim ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (CKD) và đái tháo đường típ 2.

Thuốc ức chế SGLT2 (dapagliflozin hoặc empagliflozin) được khuyến cáo ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn và đái tháo đường típ 2 để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong do tim mạch.

Thuốc finerenone được khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn và đái tháo đường típ 2 để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim.

Bổ sung sắt đường tĩnh mạch được khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân suy tim HFrEF và HfmrEF, đi kèm với một tình trạng thiếu sắt để giảm triệu chứng suy tim và cải thiện chất lượng cuộc sống (IA).

Chế phẩm sắt đường tĩnh mạch chứa Ferric carboxymaltose hoặc ferric derisomaltose nên được cân nhắc ở bệnh nhân suy tim HFrEF, HfmrEF và đi kèm với một tình trạng thiếu sắt để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim (IIA).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Theresa A McDonagh, Marco Metra, Marianna Adamo, et al. (2023) Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. ehad195. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. (2021) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42:3599–726. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
3. Mullens W, Dauw J, Martens P, et al (2022). Acetazolamide in acute decompensated heart failure with volume overload. *N Engl J Med* 2022;387:1185–95. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2203094>.
4. Trullàs JC, Morales-Rull JL, Casado J, et al (2023). Combining loop with thiazide diuretics for decompensated heart failure: the CLOROTIC trial. *Eur Heart J* 2023;44:411–21. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac689>.
5. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, et al (2022). Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2022;387:1089–98. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206286>.
6. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al (2021). Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021;385:1451–61. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107038>.

7. Voors AA, Angermann CE, Teerlink JR, et al (2022). The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. *Nat Med* 2022;28:568–74. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01659-1>.

8. Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, et al (2022). Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet* 2022; 400:1938–52. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02076-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02076-1).

9. Vardeny O, Fang JC, Desai AS, et al (2022). Dapagliflozin in heart failure with improved ejection fraction: a prespecified analysis of the DELIVER trial. *Nat Med* 2022; 28:2504–11. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02102-9>

CÁC KHÁNG SINH MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI

BS Lê Thị Hà Lam (Tổng hợp và lược dịch)

Viêm phổi mắc phải là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi gồm có viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) xảy ra trong cộng đồng và viêm phổi mắc phải tại bệnh viện (HAP). Bệnh thường do vi khuẩn, virus, nấm và một số tác nhân khác, ngoài trực khuẩn lao.

CAP là bệnh thường gặp và có thể diễn tiến nặng. CAP có tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi và có nhiều bệnh nền.

CÁC KHÁNG SINH MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI

Hiện nay, tỷ lệ đề kháng kháng sinh đang ở mức báo động, đặc biệt ở các nước kém phát triển. Do đó, một số thuốc mới có sẵn hoặc đang được phát triển để điều trị CAP/HAP được mang kỳ vọng sẽ khắc phục tình trạng kháng thuốc ngày một tăng [8].

Vì kinh nghiệm lâm sàng với các thuốc này còn hạn chế, đặc biệt đối với những bệnh nhân mắc CAP/ HAP nặng hoặc nhiễm tác nhân gây bệnh khó điều trị (Ví dụ: *S. aureus* kháng methicillin [MRSA]), nên thông thường việc sử dụng những thuốc mới dành cho các tình huống không có sẵn các lựa chọn điều trị thay thế hoặc có nguy cơ tác dụng phụ (Ví dụ: Dị ứng hoặc không dung nạp thuốc).

1. Omadacycline là một Aminomethycycline được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt để điều trị CAP và có hoạt tính chống lại các vi khuẩn gây CAP điển hình và không điển hình phổ biến, MRSA và nhiều vi khuẩn gram âm (trừ *Pseudomonas spp*) và vi khuẩn kỵ khí [5], [7], không có hiệu quả trên *Proteus*, *Providencia*, *Pseudomonas* và *Morganella*.

- Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh omadacycline với moxifloxacin ở 774 người lớn nhập viện vì CAP, đáp ứng lâm sàng và tỷ lệ tác dụng phụ tương tự nhau [7]. Omadacycline vẫn chưa được nghiên cứu kỹ ở nhóm bệnh nhân ngoại trú CAP.

- Liều dùng đường uống: 300 mg hai lần mỗi ngày vào ngày 1, sau đó 300 mg một lần mỗi ngày. Đường tĩnh mạch là 200 mg dưới dạng liều duy nhất hoặc 100 mg hai lần mỗi ngày vào ngày 1, sau đó 100 mg một lần mỗi ngày.

2. Lefamulin là một Pleuromutilin bán tổng hợp. Phổ hoạt động của Lefamulin bao gồm MRSA, *S. pneumoniae* và vi khuẩn không điển hình như *M. pneumoniae* (bao gồm chủng kháng macrolid), *C. pneumoniae*, *L. pneumophila*.

Tuy nhiên, ngoài *H. influenza* và *M. catarrhalis*, hoạt tính của nó đối với một số vi khuẩn Gram âm như Enterobacteriaceae (Ví dụ: *E. coli*, *Klebsiella* spp) và *Pseudomonas* spp bị hạn chế.

Lefamulin cũng được FDA chấp thuận để điều trị CAP dựa trên hai thử nghiệm ngẫu nhiên chứng minh hiệu quả lâm sàng tương tự khi so sánh với moxifloxacin [1],[3]. Dữ liệu tổng hợp từ hai thử nghiệm cho thấy tỷ lệ ngừng thuốc và tỷ lệ tử vong cũng tương tự nhau.

Các tác dụng phụ phổ biến nhất liên quan đến lefamulin là nhẹ hoặc trung bình, gồm tiêu chảy, buồn nôn, nôn, tăng men gan và hạ Kali máu. Khoảng QT kéo dài có xảy ra nhưng ít hơn so với moxifloxacin. Lefamulin không được khuyến cáo điều trị ở bệnh nhân rối loạn chức năng gan từ trung bình đến nặng hoặc ở những bệnh nhân đã biết có hội chứng QT dài hoặc sử dụng đồng thời thuốc kéo dài khoảng QT. Nó có tương tác thuốc với các chất cảm ứng và cơ chất của CYP3A4 và P-gp. Ngoài ra, viên nén lefamulin chống chỉ định với chất nền CYP3A4 kéo dài khoảng QT. Việc sử dụng lefamulin chưa được nghiên cứu trong thời kỳ mang thai, nhưng lefamulin có thể gây hại cho thai nhi và nên tránh sử dụng ở những phụ nữ có khả năng sinh sản không sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả.

Liều dùng đường uống: 600 mg mỗi 12 giờ; Liều dùng đường tĩnh mạch: 150mg mỗi 12 giờ.

3. Delafloxacin là một Fluoroquinolone mới có hoạt tính chống lại nhiều mầm bệnh đường hô hấp gồm *S. pneumoniae* đa kháng, *S. aureus* (MRSA, MSSA) và *Pseudomonas* spp. Nó cũng được FDA chấp thuận để điều trị nhiễm trùng đường hô hấp [4],[6].

Một nghiên cứu toàn cầu pha 3 ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng so sánh, cho thấy hiệu quả và độ an toàn của delafloxacin 300 mg khi dùng hai lần mỗi ngày hoặc moxifloxacin 400 mg một lần mỗi ngày ở người lớn mắc CAP. Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng sớm (ECR) là 88,9% ở nhóm dùng delafloxacin và 89,0% ở nhóm dùng

moxifloxacin [4]. Chứng tỏ hiệu quả của deflaxacin không thua kém so với moxifloxacin.

Liều dùng đường uống là 450 mg mỗi 12 giờ và đường tĩnh mạch là 300 mg mỗi 12 giờ.

4. Solithromycin là một macrolide thế hệ 4, là fluoroketolide đầu tiên có hoạt tính chống lại hầu hết các vi khuẩn thường được phân lập trong bệnh CAP, bao gồm cả vi khuẩn điển hình và không điển hình và *Streptococcus pneumoniae* kháng macrolide [2].

Solithromycin đã hoàn thành một thử nghiệm lâm sàng pha II và hai pha III ở bệnh nhân CAP.

- Trong thử nghiệm pha II, solithromycin đường uống được so sánh với levofloxacin đường uống và cho thấy tỷ lệ thành công lâm sàng tương tự nhau. Trong SOLITAIRE-ORAL, một thử nghiệm pha III đánh giá những bệnh nhân dùng solithromycin đường uống hoặc moxifloxacin đường uống đối với CAP, đáp ứng lâm sàng sớm tương đương đã được chứng minh cho những bệnh nhân dùng một trong hai loại solithromycin hoặc moxifloxacin. Trong một thử nghiệm pha III riêng biệt, SOLITAIRE-IV, bệnh nhân dùng solithromycin chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống đã cho thấy đáp ứng lâm sàng sớm là không thua kém so với bệnh nhân dùng moxifloxacin từ đường tĩnh mạch sang đường uống.

- Nhìn chung, dữ liệu hiện tại ủng hộ solithromycin như một liệu pháp đầy hứa hẹn để điều trị theo kinh nghiệm ở người lớn bị viêm phổi do vi khuẩn mắc phải tại cộng đồng. Tuy nhiên, hiện nay cần có các nghiên cứu về các quần thể lớn hơn có khả năng xác định các tác dụng phụ không thường xuyên để xác nhận những phát hiện này.

- Liều dùng đường tĩnh mạch: 400mg mỗi 24 giờ.

5. Ceftobiprole là một cephalosporin phổ rộng, thế hệ thứ 5, hiện đã được xác nhận ở các quốc gia trọng điểm của Châu Âu để kiểm soát CAP ở người trưởng thành, HAP không liên quan đến máy thở [9].

Ceftobiprole cho thấy hiệu quả cao đối với một số mầm bệnh Gram dương bao gồm *S.aureus* nhạy cảm methicillin (MSSA) và MRSA, cũng như các chủng

giảm tính nhạy cảm với linezolid, daptomycin hoặc vancomycin và một số vi khuẩn Gram âm như Enterobacteriaceae không sinh men β -lactamase (ESBL).

Kết quả từ chương trình giám sát kháng sinh kéo dài 5 năm ở Châu Âu đối với ceftobiprole (SENTRY, 2005–2010), đã chứng minh hiệu quả cao đối với một số nguyên nhân hàng đầu gây CAP, với 99,3% *S. pneumoniae* phân lập xét nghiệm nhạy cảm và cho kết quả đầy hứa hẹn ở cả *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*.

Hai thử nghiệm giai đoạn III đã chứng minh tính hiệu quả và an toàn của ceftobiprole. Các tác giả đã so sánh ceftobiprole (500 mg/8 giờ) với ceftriaxone (2g/ngày) với tùy chọn có hoặc không linezolid (600 mg/12 giờ). Ceftobiprole được cho là không thua kém ceftriaxone, dù là đơn trị liệu hay kết hợp với linezolid.

Trong một nghiên cứu khác so sánh ceftobiprole với ceftazidime và linezolid trong điều trị HAP và viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) cho thấy hiệu quả không thua kém nhau trong điều trị HAP. Tuy nhiên ceftobiprole không hiệu quả trong điều trị VAP.

Liều dùng đường tĩnh mạch: 500 mg mỗi 8 giờ.

6. Ceftaroline cũng là một cephalosporin thế hệ 5, có tỷ lệ nhạy cảm đối với các chủng MRSA nói chung là cao (từ 68,2% đến 93,6%) [9].

Ceftaroline cũng duy trì phổ hoạt động hiệu quả trên các vi khuẩn Gram dương khác, đáng chú ý là *Staphylococcus aureus* trung gian vancomycin (VISA), VISA dị thể (hVISA), *Staphylococcus aureus* kháng vancomycin (VRSA) hoặc *S. aureus* không nhạy cảm với daptomycin, *S. aureus* kháng linezolid và Streptococci, bao gồm MDR *S. pneumoniae*.

Ceftaroline đã được phê duyệt để điều trị CAP theo các nghiên cứu FOCUS 1 & 2, hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng giai đoạn III. Cả hai nghiên cứu đều được thực hiện ở nhóm người trưởng thành mắc CAP từ trung bình đến nặng được xác nhận bằng phương pháp X quang. Khi so sánh ceftaroline (600 mg mỗi 12 giờ) với ceftriaxone (1g mỗi 24 giờ), phối hợp với một macrolide theo kinh nghiệm (vào ngày 1), ceftaroline cho thấy tính an toàn và phù hợp, đạt được hiệu quả không thua kém so với ceftriaxone.

Liều dùng đường tĩnh mạch: 600mg mỗi 12 giờ./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Alexander E, Goldberg L, Das AF, et al (2019). Oral Lefamulin vs Moxifloxacin for Early Clinical Response Among Adults With Community-Acquired Bacterial Pneumonia: The LEAP 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019; 322:1661. 5.
2. Diego Viasus, Oscar Ramos, Leidy Ramos, et al (2017). Solithromycin for the treatment of community-acquired bacterial pneumonia. *Expert Rev Respir Med* 2017; 11:5.
3. File TM, Goldberg L, Das A, et al (2019). Efficacy and Safety of Intravenous-to-oral Lefamulin, a Pleuromutilin Antibiotic, for the Treatment of Community-acquired Bacterial Pneumonia: The Phase III Lefamulin Evaluation Against Pneumonia (LEAP 1) Trial. *Clin Infect Dis* 2019; 69:1856.
4. Horcajada JP, Salata RA, Álvarez-Sala R, et al (2020). A Phase 3 Study to Compare Delafloxacin With Moxifloxacin for the Treatment of Adults With Community-Acquired Bacterial Pneumonia (DEFINE-CABP). *Open Forum Infect Dis* 2020;7:ofz514.
5. Ramirez JA, Tzanis E, Curran M, et al (2019). Early Clinical Response in Community-acquired Bacterial Pneumonia: From Clinical Endpoint to Clinical Practice. *Clin Infect Dis* 2019; 69:S33.
6. Saravolatz LD, Stein GE (2019). Delafloxacin: A New Anti-methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* Fluoroquinolone. *Clin Infect Dis* 2019; 68:1058.
7. Stets R, Popescu M, Gonong JR, et al (2019). Omadacycline for Community-Acquired Bacterial Pneumonia. *N Engl J Med* 2019; 380:517.
8. Thomas M File, Jr, MD (2023). Treatment of community-acquired pneumonia in adults who require hospitalization. Uptodate 6/2023.
9. Tommaso Lupia, Silvia Corcione, Simone Mornese Pinna, et al (2020). New cephalosporins for the treatment of pneumonia in internal medicine wards. *J Thorac Dis* 2020; 12: 3747–3763.

TÌNH TRẠNG NHƯỢC CƠ KHI SỬ DỤNG DẪN CHẤT STATIN

DS. Lê Thị Lưu (Tổng hợp và lược dịch)

Thế giới đã có một số báo cáo về tình trạng nhược cơ khởi phát hoặc tiến triển nặng khi dùng atorvastatin, pravastatin, lovastatin, fluvastatin, simvastatin, rosuvastatin và pitavastatin (đơn thành phần hoặc dạng phối hợp). Bệnh nhân sử dụng statin cần được lưu ý để phát hiện triệu chứng nhược cơ mới xuất hiện hoặc tiến triển nặng và đến khám bác sĩ khi có các triệu chứng này.

1. Khuyến cáo cho nhân viên y tế:

Đã có những báo cáo nghi ngờ về tình trạng nhược cơ khởi phát, tiến triển nặng thêm hoặc nhược cơ mất khi sử dụng dẫn chất statin. Hiện chưa xác định được tần suất gặp những tác dụng không mong muốn này, nhưng do statin được sử dụng rộng rãi nên những báo cáo này được cho là rất hiếm gặp.

Phần lớn những báo cáo về tình trạng nhược cơ ở Anh ghi nhận các bệnh nhân phục hồi sau khi ngừng sử dụng dẫn chất statin. Tuy nhiên, một số ít trường hợp vẫn tiếp tục gặp phải các triệu chứng và triệu chứng tái phát khi bệnh nhân sử dụng lại statin đó hoặc một loại statin khác.

Chuyển bệnh nhân nghi ngờ bị nhược cơ sau khi sử dụng statin đến chuyên khoa thần kinh. Cần đánh giá lợi ích và nguy cơ của thuốc trên bệnh nhân để cân nhắc ngừng thuốc.

Báo cáo những tác dụng không mong muốn liên quan đến dẫn chất statin.

Lưu ý: Bệnh nhân đang bị nhược cơ cần chú ý phát hiện triệu chứng trở nặng khi dùng statin; có thể phải ngừng sử dụng dẫn chất statin tùy theo đánh giá về cân bằng lợi ích nguy cơ.

2. Đánh giá về tình trạng nhược cơ khi dùng các dẫn chất statin

Dẫn chất statin là một nhóm thuốc tương đối an toàn và hiệu quả giúp giảm lượng cholesterol tỷ trọng thấp (LDL) trong máu. Statin đóng vai trò quan trọng trong điều trị xơ vữa động mạch.

Một đánh giá gần đây ở châu Âu đã đề xuất bổ sung cảnh báo mới về nguy cơ nhược cơ khởi phát hoặc tiến triển nặng thêm khi dùng nhiều dẫn chất statin. Những đề xuất của đánh giá này được Ủy ban tư vấn Cảnh giác Dược (PEAG) thuộc Ủy ban thuốc dùng cho Người (CHM) cân nhắc và đồng thuận. Thông tin sản phẩm của tất cả các dẫn chất statin sẽ được cập nhật thêm tác dụng không mong muốn là nhược cơ và nhược cơ mất với tần suất không xác định. Những cảnh báo mới cũng sẽ được thêm vào thông tin sản phẩm của các thuốc này.

Khi đánh giá vấn đề này, PEAG đã kiến nghị Cơ quan Quản lý Dược phẩm Anh thông báo cho các nhân viên y tế và bệnh nhân về những nguy cơ mới được xác định. PEAG cũng lưu ý rằng hiện nay Hướng dẫn điều trị quốc tế về tình trạng nhược cơ (2020) nhận định statin hiếm khi gây nặng thêm hoặc gây ra tình trạng nhược cơ.

Báo cáo về tình trạng nhược cơ khi sử dụng statin ở Anh

Từ ngày 14 tháng 6 năm 1995 đến ngày 19 tháng 6 năm 2023, MHRA đã ghi nhận 10 báo cáo có statin là thuốc nghi ngờ gây ra tình trạng nhược cơ; Các thuốc được báo cáo bao gồm simvastatin, atorvastatin và pravastatin. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, dẫn chất statin được sử dụng rất phổ biến. Riêng năm 2022, có hơn 9,5 triệu bệnh nhân được cấp phát ít nhất một dẫn chất statin ở Anh.

Trong 10 báo cáo trên, trung vị tuổi của các bệnh nhân là 66 tuổi (nhóm bệnh nhân bị ảnh hưởng dao động từ 40 đến 89 tuổi với phần lớn báo cáo là những người trên 60 tuổi). Các triệu chứng được báo cáo bao gồm nhìn đôi, khó phát âm và nuốt, các chi yếu và khó thở. Các triệu chứng khởi phát từ vài ngày tới 3 tháng sau khi bắt đầu dùng statin.

3 trong 10 trường hợp liên quan đến triệu chứng tái phát và tiên triển nặng ở các bệnh nhân bị nhược cơ. Có 1 báo cáo ghi nhận triệu chứng tái xuất hiện khi sử dụng lại statin. Có 4 báo cáo ghi nhận bệnh nhân phải nhập viện, và phần lớn bệnh nhân đã phục hồi hoặc đang phục hồi tại thời điểm báo cáo. Không có báo cáo tử vong nào được ghi nhận.

Hiện tại, không có đủ dữ liệu để kết luận những dẫn chất statin khác nhau, khoảng thời gian điều trị khác nhau và liều dùng khác nhau có làm thay đổi nguy cơ gây ra tình trạng nhược cơ hay không. Hiện cũng chưa xác định được tình trạng nhược cơ mới khởi phát sau khi sử dụng statin là thoáng qua hay vĩnh viễn.

3. Bệnh nhược cơ

Nhược cơ là một rối loạn tự miễn trên thần kinh cơ kéo dài hiếm gặp, đặc trưng bởi sự yếu đi bất thường của những cơ điều khiển sự chuyển động của mắt, nét mặt, nói, nuốt, các chi và hô hấp. Các triệu chứng bao gồm sụp mí mắt, nhìn đôi, các vấn đề về nhai hoặc nuốt, rối loạn ngôn ngữ, yếu chi và khó thở.

Tình trạng nhược cơ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở nữ giới dưới 40 tuổi và nam giới ngoài 60 tuổi. Điều trị bằng thuốc có thể giúp kiểm soát triệu chứng.

Có một số yếu tố đã được xác định làm nặng thêm tình trạng nhược cơ ở bệnh nhân, bao gồm căng thẳng, mệt mỏi, nhiễm trùng, hoạt động thể lực quá mức, phẫu thuật, thay đổi trong việc sử dụng các thuốc điều biến miễn dịch và một số thuốc khác. Một số thuốc có liên quan đến sự nặng thêm của các triệu chứng nhược cơ bao gồm các nhóm kháng sinh fluoroquinolon, macrolid, aminoglycosid và thuốc chẹn beta. Báo cáo về tình trạng nhược cơ trở nặng liên quan đến thuốc rất hiếm gặp

Bảng 1: Một số loại thuốc cần tránh hoặc thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân mắc bệnh nhược cơ*

Thuốc gây mê
Thuốc ức chế thần kinh cơ (ví dụ rocuronium, vecuronium, succinylcholine) ^a

Kháng sinh
Aminoglycosides (ví dụ amikacin, gentamicin, neomycin, tobramycin)
Fluoroquinolones (ví dụ ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, ofloxacin)
Macrolides (ví dụ azithromycin, clarithromycin, erythromycin)
Thuốc tim mạch
Beta blockers (ví dụ atenolol, labetalol, metoprolol, propranolol)
Procainamide
Quinidine
Thuốc khác
Botulinum toxin
Chloroquine
Deferoxamine (desferrioxamine)
Glucocorticoids ^b (ví dụ dexamethason, prednisone)
Statins (Hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors; ví dụ: atorvastatin, pravastatin, rosuvastatin)
Hydroxychloroquine
Immune checkpoint inhibitors (ví dụ atezolizumab, ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab)
Magnesium ^c
Penicillamine ^d
Quinine

 Chú thích

^a: Đáp ứng với thuốc ức chế thần kinh cơ là không thể đoán trước được ở bệnh nhân nhược cơ. Chỉ sử dụng khi cần thiết, theo dõi thần kinh cơ khi sử dụng.

^b: Glucocorticoid sử dụng liều cao có thể gây ra các triệu chứng xấu đi tạm thời trong 1 - 2 tuần đầu điều trị. Thuốc nên được sử dụng một cách thận trọng; khi dùng cho bệnh nhân nhập viện trong cơn nhược cơ, nên dùng đồng thời với phương

pháp thay thế huyết tương hoặc globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch (IVIG: intravenous immune globulin).

^c: Tiêm tĩnh mạch (ví dụ magnesium sulphate, magnesium chloride) bị chống chỉ định tương đối do tác dụng ức chế đáng kể sự giải phóng acetylcholine.

^d: Liên quan chặt chẽ đến bệnh nhược cơ nặng; tránh sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (2023). Statins: very infrequent reports of myasthenia gravis. Available from: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/statins-very-infrequent-reports-of-myasthenia-gravis#:~:text=there%20have%20been%20some%20suspected,understood%20to%20be%20very%20infrequent>
2. Sheikh S, Alvi U, Soliven B, Rezania K. (2021) Drugs That Induce or Cause Deterioration of Myasthenia Gravis: An Update. *J Clin Med* 2021; 10.
3. Narayanaswami P, Sanders DB, Wolfe G, et al. (2021) International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis: 2020 Update. *Neurology* 2021; 96:114.

**NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG THUỐC QUA PHÂN TÍCH A BC/VEN NĂM
2022 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI**

DS. Tạ Thị Bích Loan

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Phân tích sử dụng thuốc tại Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Quảng Ngãi năm 2022 theo phân loại ABC, VEN nhằm đánh giá việc sử dụng thuốc tại bệnh viện, để có định hướng lựa chọn sử dụng thuốc trước và sau can thiệp.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên ma trận ABC/VEN, phân tích hiệu quả kinh tế trong việc sử dụng thuốc năm 2022 tại bệnh viện.

Kết quả: Năm 2022, Bệnh viện sử dụng 464 loại thuốc, với tổng chi phí 41.455.386.420 đồng (giảm 11,33% so với cùng kỳ năm 2021). Trong đó, có 84 thuốc (18,14%) thuộc nhóm A, chiếm đến 79,79% chi phí sử dụng thuốc, 110 thuốc (23,71%) thuộc nhóm B chiếm 16,08% chi phí và 269 thuốc nhóm C (57,97%), chiếm 4% chi phí năm 2021 tại bệnh viện.

Phân tích VEN cho thấy có 52 thuốc (11,23%) tối cần thiết, sống còn (Nhóm V: Vital drugs), 370 thuốc (79,91%) thiết yếu (Nhóm E: Essential drugs) và 41 thuốc (8,85%) không thiết yếu (Nhóm N: Non-Essential drugs).

Phân tích ma trận ABC/VEN ở 3 nhóm: Nhóm I (AV+AE+ AN+BV+CV) có 118 thuốc (25,49%), Nhóm II (BE+CE+BN) có 315 thuốc (68,03%) và Nhóm III (CN) có 30 thuốc (6,48%)

Để cải thiện vấn đề kinh phí sử dụng thuốc, bệnh viện cần quan tâm chú ý đến các thuốc nhóm A và nhóm I dựa trên phân tích ABC/VEN.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe, việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả là yếu tố quyết định đến chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện. Theo một số nghiên cứu, chi phí mua thuốc chiếm khoảng 30-40% ngân sách ngành y tế của nhiều nước và phần lớn số tiền đó bị lãng phí do sử dụng thuốc không hợp lý và các hoạt động cung ứng thuốc không hiệu quả. Vì vậy, việc phân tích ABC/VEN là công việc quan trọng trong chu trình cung ứng thuốc, xác định chủng loại thuốc cho bệnh viện. Hằng năm, bệnh viện sử dụng một số lượng khá lớn thuốc để phục vụ công tác khám chữa bệnh, do đó việc tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý đang là vấn đề cấp thiết hiện nay. Để thực hiện mục tiêu này, không thể thiếu nhiệm vụ quan trọng là lựa chọn được danh mục thuốc bệnh viện hợp lý. Việc xây dựng một danh mục thuốc phù hợp sẽ mang

lại rất nhiều lợi ích, đảm bảo thuốc có hiệu quả điều trị, với chất lượng tốt và chi phí hợp lý đồng thời loại bỏ các thuốc không an toàn và hiệu quả không cao, làm giảm những nguy cơ đối với sức khỏe và tránh lãng phí trong quá trình sử dụng thuốc.

Hội đồng thuốc và điều trị có chức năng tư vấn cho Giám đốc bệnh viện về các vấn đề liên quan đến thuốc và điều trị bằng thuốc của bệnh viện. Phân tích ABC, VEN sẽ giúp ích cho Hội đồng thuốc và điều trị cũng như các nhà quản lý xác định các vấn đề về sử dụng thuốc làm nền tảng cho các hoạt động can thiệp tiếp theo như: lựa chọn thuốc, cung cấp thuốc, kế hoạch dự trữ thuốc và tồn kho. Do vậy, đánh giá tổng quát tình hình sử dụng thuốc, chi phí mua thuốc và can thiệp lựa chọn sử dụng thuốc tại Bệnh viện thông qua phân tích ABC, VEN là một chiến lược có ý nghĩa lớn trong việc nâng cao chất lượng điều trị và quản lý kinh tế y tế trong bệnh viện.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

- Các báo cáo sử dụng thuốc tại Khoa Dược, BVĐK tỉnh Quảng Ngãi năm 2022.
- Thành viên Hội đồng thuốc và điều trị; lãnh đạo Khoa Dược; các dược sĩ liên quan đến quá trình duyệt, cấp phát, thanh quyết toán, giám sát sử dụng thuốc.
- Danh mục thuốc sử dụng tại BVĐK tỉnh Quảng Ngãi được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện, báo cáo xuất, nhập tồn kho thuốc, danh mục thuốc đấu thầu tại Bệnh viện năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết quả dựa trên phân tích ABC, VEN để phân tích thực trạng sử dụng thuốc năm 2022 tại bệnh viện theo các bước như sau:

Bước 1: Căn cứ vào danh mục thuốc thiết yếu, danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại BVĐK tỉnh, trên cơ sở tham khảo ý kiến của các Bác sỹ chuyên khoa xây dựng dự thảo danh mục thuốc theo phân loại V, E, N.

Bước 2: Thảo luận thống nhất danh mục V, E, N.

Bước 3: Phân tích A, B, C phối hợp với phân tích V, E, N và phân tích ma trận ABC/VEN các thuốc sử dụng tại Bệnh viện năm 2022.

Bước 4: Định hướng can thiệp lựa chọn sử dụng thuốc.

Bước 5: Đánh giá hiệu quả sau can thiệp bằng phân tích ABC, VEN

Các bước tiến hành:

- **Phân tích ABC:** Là phương pháp phân tích giữa lượng thuốc tiêu thụ hàng năm và chi phí mua thuốc nhằm xác định thuốc nào chiếm tỷ lệ lớn về chi phí. Các bước của phân tích ABC:

- Bước 1: Liệt kê các thuốc, kèm nồng độ, hàm lượng.
- Bước 2: Điền các thông tin sau cho mỗi thuốc: Số lượng, đơn giá, thành tiền từng mặt hàng.
- Bước 3: Tính giá trị % của mỗi thuốc bằng cách lấy số tiền của mỗi thuốc chia cho tổng số tiền.
- Bước 4: Sắp xếp lại các thuốc theo thứ tự % giá trị giảm dần.
- Bước 5: Tính giá trị % tích lũy của tổng giá trị cho mỗi sản phẩm; bắt đầu với sản phẩm số 1 sau đó cộng với sản phẩm tiếp theo trong danh sách.
- Bước 6: Phân hạng thuốc như sau:
 - + Nhóm A: Gồm những thuốc chỉ chiếm 10 – 20% tổng sản phẩm, nhưng chiếm 70% – 80% tổng giá trị tiền.
 - + Nhóm B: Gồm những thuốc chiếm 10 – 20% tổng sản phẩm, chiếm 15 – 20% tổng giá trị tiền.
 - + Nhóm C: Gồm những thuốc chiếm 60 – 80% tổng sản phẩm, chiếm 5 – 10% tổng giá trị tiền
 - + Sau khi hoàn thành phân tích ABC, đánh giá lại và xem xét việc sử dụng thuốc, nhất là thuốc nhóm A, đã đảm bảo hiệu quả, hợp lý và tiết kiệm chưa. Từ đó lựa chọn những thuốc có hiệu lực tương đương nhưng giá thành rẻ hơn.
 - + Phân tích ABC cũng có thể được sử dụng để đánh giá một phác đồ điều trị khi tất cả các thuốc sử dụng có hiệu quả tương đương.

- **Phân tích VEN:** Đôi khi kinh phí không đủ để mua tất cả các thuốc như mong muốn. Phân tích VEN là phương pháp phổ biến giúp cho việc lựa chọn những thuốc cần ưu tiên để mua và dự trữ trong bệnh viện.

Phân tích VEN cho phép so sánh những thuốc có hiệu lực điều trị và khả năng sử dụng khác nhau (khác với phân tích ABC chỉ có thể so sánh những nhóm thuốc có cùng chung hiệu lực điều trị), chia thành 3 nhóm cụ thể như sau:

+ **Nhóm thuốc sống còn (V: Vital drugs):** Thuốc dùng trong cấp cứu hoặc các thuốc quan trọng, nhất thiết phải có để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện.

BÁO CÁO SỬ DỤNG THUỐC

+ **Nhóm thuốc thiết yếu (E: Essential drugs):** Thuốc dùng cho bệnh ít nghiêm trọng hơn nhưng vẫn là các bệnh lý quan trọng trong mô hình bệnh tật của bệnh viện.

+ **Nhóm thuốc không thiết yếu (N: Non-Essential drugs):** Thuốc dùng cho bệnh nhẹ, bệnh có thể tự khỏi, có thể bao gồm các thuốc mà hiệu quả điều trị còn chưa được khẳng định rõ ràng hoặc giá thành cao không tương xứng với lợi ích lâm sàng của thuốc, có thể có hoặc không có trong danh mục thiết yếu và không cần thiết phải lưu trữ trong kho.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Chi phí sử dụng thuốc tại Bệnh viện năm 2022 theo phân tích ABC

Loại	Chủng loại mặt hàng		Số tiền sử dụng (Giá trị thanh toán)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số tiền (đồng)	Tỷ lệ (%)
A	84	18,14	33.130.699.577	79,92
B	110	23,76	6.664.418.711	16,08
C	269	58,10	1.660.268.131	4,00
Tổng cộng	463	100	41.455.386.420	100

Nhận xét: Nhóm thuốc loại A (Thuốc có chi phí sử dụng cao nhất) chỉ có 84 loại thuốc (18,14%) nhưng chiếm tới 79,92% tổng chi phí toàn viện năm 2022. Trong đó, đáng chú ý là tất cả các thuốc đều thuộc nhóm thuốc sống còn (V) và thiết yếu (E), không có thuốc thuộc nhóm không thiết yếu.

Tổng chi phí sử dụng thuốc năm 2022 tại BVĐK tỉnh Quảng Ngãi đạt 41.455.386.420 đồng, giảm 11,33% so với cùng kì năm 2021 (46.752.433.788 đồng). Đây là kết quả tích cực sau một thời gian can thiệp việc sử dụng thuốc của Hội đồng thuốc và điều trị, vừa đảm bảo cung ứng đủ thuốc có chất lượng, hiệu quả, vừa tiết kiệm chi phí bảo hiểm y tế.

Bảng 2. Nhóm các thuốc có chi phí sử dụng cao nhất năm 2022

STT	Hoạt chất	Hàm lượng	Chi phí 2021 (đồng)	Chi phí 2022 (đồng)
1	Dung dịch lọc máu dùng trong thận nhân tạo (bicarbonat hoặc acetat)	Can 10 lít chứa: Natri clorid 305,8g; Natri bicarbonat 659,4g	1.459.143.000	1.876.695.000
2	Huyết thanh kháng nọc rắn lục	1000LD50	773.941.350	1.293.146.400
3	Ceftazidim	1g	854.628.285	1.189.507.206
4	Natri clorid	500ml	1.347.843.008	1.180.981.585
5	Heparin (Natri)	25.000 UI	412.571.902	1.090.259.320
6	Iobitridol	30g/100ml	1.118.425.000	1.045.175.000
7	Alfuzosin	10mg	867.381.741	1.010.573.578

- Nhóm thuốc loại A:

+ Dung dịch thẩm phân máu đậm đặc HD-1B can 10 lít chứa: Natri clorid 305,8g; Natri bicarbonat 659,4g có chi phí sử dụng cao nhất năm 2022, chiếm khoảng 1,88 tỷ và tăng khoảng 28,62% so với năm 2021 (khoảng 1,46 tỷ). Nguyên nhân là do năm 2022 vẫn còn bị ảnh hưởng của dịch COVID-19, các cơ sở y tế tuyến huyện/ thành phố trở thành các khu cách ly tập trung, bệnh nhân chạy thận nhân tạo được chuyển lên tuyến tỉnh để điều trị. Đồng thời, một số bệnh nhân trong tỉnh không thể chuyển đi ngoài tỉnh được. Do đó, số lượng bệnh nhân chạy thận nhân tạo tập trung điều trị tại bệnh viện tỉnh tăng cao. Từ quý III/2022, khoa Thận nhân tạo được tài trợ thêm nhiều máy thận nhân tạo nên đã chủ động điều trị thêm một số bệnh nhân từ nơi khác chuyển về.

+ Huyết thanh kháng nọc rắn lục (1000LD50) có chi phí sử dụng cao đứng thứ 2, chiếm khoảng 1,29 tỷ và tăng khoảng 67,09% so với năm 2021 (khoảng 774 triệu). Thuốc huyết thanh kháng nọc rắn là thuốc thuộc nhóm thuốc thiết yếu dùng để cứu sống người bệnh bị rắn độc cắn có rối loạn đông máu. Thuốc này có tác dụng trung hòa các độc tố của rắn lục trong cơ thể người bệnh, giảm mức độ nặng và giảm tỷ lệ tử vong của người bệnh. Theo số liệu thống kê, do số lượng bệnh nhân tăng dẫn đến số lượng sử dụng thuốc tăng.

BÁO CÁO SỬ DỤNG THUỐC

Xem xét các loại thuốc nhóm A:

- Đề xuất lựa chọn thuốc thay thế cho các thuốc sử dụng nhiều, giá thành cao bằng các thuốc cùng nhóm tác dụng điều trị nhưng chi phí thấp hơn, có sẵn trong danh mục hoặc để tổ chức đấu thầu.

- Nhóm thuốc loại B (Nhóm thuốc có chi phí sử dụng trung bình) gồm 110 thuốc (23,71%) và chiếm khoảng 16,08% giá trị thanh toán.

- Nhóm thuốc loại C (Nhóm thuốc có chi phí sử dụng thấp nhất): Mặc dù số lượng thuốc nhiều tới 269 thuốc (57,97%) nhưng chỉ chiếm 4% về giá trị thanh toán tiền thuốc sử dụng năm 2022.

Xem xét lại nhóm thuốc C: Danh mục số lượng thuốc nhiều nhưng tỷ trọng kinh phí thấp nên cân nhắc tăng giá trị đối với các thuốc thiết yếu V, E để nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, cần cân đối nguồn tài chính của Bệnh viện.

Bảng 3. Chi phí sử dụng thuốc năm 2022 theo phân tích VEN

Loại	Chủng loại mặt hàng		Chi phí (Giá trị thanh toán)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Chi phí (đồng)	Tỷ lệ (%)
V	52	11,23	9.544.286.746	23,02
E	370	79,91	31.115.456.263	75,06
N	41	8,86	795.643.411	1,92
Tổng cộng	463	100	41.455.386.420	100

Nhận xét: Nhóm thuốc V có 52 thuốc (11,23%) và chiếm 23,02% về tỷ trọng kinh phí; Nhóm thuốc E có 370 thuốc (79,91 %) và chiếm 75,06% chi phí sử dụng thuốc tại bệnh viện; Nhóm thuốc N bao gồm các thuốc không thiết yếu, chiếm 8,86% về số lượng và 1,92% chi phí sử dụng thuốc năm 2022.

Bệnh viện cần hạn chế nhóm N và rà soát lại nhóm thuốc E có phải là nhóm N hay không để giảm số lượng thuốc ở nhóm E nếu thấy chúng không còn là thuốc thiết yếu đối với bệnh viện. Để làm được điều này, chúng ta cần dựa vào ma trận phân tích ABC/VEN.

Bảng 4. Phân tích ma trận ABC/VEN

	V		E		N		Số lượng
	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	
A	AV	18	AE	66	AN	0	84
B	BV	13	BE	86	BN	11	110
C	CV	21	CE	218	CN	30	269
		52		370		41	

Nhận xét: Nhóm I (AV+AE+ AN+BV+CV) có 118 thuốc (25,49%), Nhóm II (BE+CE+BN) có 315 thuốc (68,03%) và Nhóm III (CN) có 30 thuốc (6,48%).

Bảng 7. Kết quả phân tích ma trận ABC/VEN phân chia theo nhóm ưu tiên:

Nhóm	Số lượng		Chi phí sử dụng	
	Số lượng	Tỉ lệ	Chi phí (đồng)	Tỉ lệ
I	118	25,49%	34.160.696.353	82,4%
II	315	68,03%	7.088.813.530	17,1%
III	30	6,48%	205.876.538	0,5%
Tổng cộng:	463	100	41.455.386.420	100

Nhận xét: Phân tích ma trận ABC/VEN cho thấy: Nhóm I có 118 thuốc (25,49%) nhưng chiếm đến 82,4% chi phí sử dụng thuốc; Nhóm II có 315 thuốc (68,03%) và chiếm 17,1% chi phí sử dụng thuốc, Nhóm III có 30 thuốc (6,48%) và chỉ chiếm 0,5% chi phí sử dụng thuốc. Điều này chứng tỏ việc sử dụng thuốc trong bệnh viện hiện nay là chấp nhận được và việc can thiệp sử dụng thuốc trong năm 2022 của Hội đồng thuốc & điều trị có hiệu quả.

KẾT LUẬN:

BVĐK tỉnh Quảng Ngãi đã xây dựng danh mục thuốc hợp lý dựa trên các căn cứ khoa học có ý nghĩa thực tế, cơ bản đáp ứng được nhu cầu điều trị của các khoa lâm sàng. Danh mục thuốc năm 2021 gồm 463 thuốc, trong đó có 84 thuốc nhóm A, 110 thuốc nhóm B và 269 thuốc nhóm C.

Chi phí sử dụng thuốc nhóm thuốc tối cần thiết, sống còn (Nhóm V có 52 thuốc), chiếm 23,02% chi phí, nhóm thuốc thiết yếu (Nhóm E, gồm 370 thuốc), chiếm đến 79,91% chi phí và nhóm thuốc không thiết yếu (Nhóm N, chỉ có 41 thuốc), chiếm 8,85% chi phí sử dụng.

BÁO CÁO SỬ DỤNG THUỐC

Nhóm thuốc AV, BV, CV, AE (Nhóm I) là những thuốc chiếm chi phí lớn (82,4%), là những thuốc thiết yếu nhưng có số lượng chủng loại ít (chỉ có 118 thuốc). Số lượng thuốc chiếm chủ yếu trong danh mục là thuộc nhóm BE, CE, BN gồm 315 thuốc, chiếm chi phí thấp hơn (17,1%). Nhóm thuốc CN chỉ có 30 thuốc, chiếm 0,5% chi phí sử dụng thuốc.

Nhóm thuốc ảnh hưởng nhiều nhất đến chi phí sử dụng thuốc tại bệnh viện, là các thuốc thuộc nhóm A và nhóm I.

KIẾN NGHỊ:

Để cải thiện vấn đề chi phí sử dụng thuốc, trong thời gian tới, BVĐK tỉnh Quảng Ngãi cần quan tâm đến các thuốc thuộc nhóm A và quan tâm đến cả 2 yếu tố giá thuốc và số lượng sử dụng, đặc biệt trong bối cảnh tăng cường quản lý Quỹ bảo hiểm y tế, đồng thời vẫn phải đảm bảo công tác cung ứng thuốc, không gây ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động khám, chữa bệnh.

Để kiểm soát hiệu quả nguồn chi phí sử dụng thuốc, Bệnh viện cần phải quản lý chặt chẽ hơn việc sử dụng các thuốc Nhóm I, kiểm soát các thuốc thuộc Nhóm II ở mức trung bình và sử dụng các thuốc nhóm III ở mức thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện *Thông tư số 22/ 2011/TT-BYT* ngày 10/06/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2013), Danh mục thuốc thiết yếu lần thứ VI *Thông tư số 45 /2013/TT-BYT* ngày 26/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2013), Quy định tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện *Thông tư số 21/2013/TT-BYT* ngày 08/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Huỳnh Hiền Trung (2012), Nghiên cứu một số giải pháp nâng cao chất lượng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhân dân 115, *Luận án Tiến sĩ Dược học*, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. Gupta, Lt Col R., et al (2007), ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory; *MJAFI*; 63: 325-327.
6. Kathleen, H. and G. Terry (2003), Hội đồng thuốc và điều trị - Cẩm nang hướng dẫn thực hành, WHO.
7. Sikdar, S. (1996), Inventory analysis by ABC and VED analysis in medical stores depot of CGHS, New Delhi, *Helth Popul Perspect Issues*, p. 165-172.